



NOTIFICACIÓN DE INELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor: _____

Dirección física _____

Fecha en que se realiza la determinación: _____

Razón para la determinación:

- Las condiciones del hogar/centro ponen en riesgo la salud y seguridad de los niños a ser atendidos, según recopilado en el la Planilla de Monitoria aplicada.
- Las condiciones del hogar/centro pudieran ser mejoradas, pero el proveedor solicitante se niega a participar de un plan de mejoramiento.
- Habiendo establecido un plan de mejoramiento, el proveedor no ha cumplido con los requisitos del Programa en los periodos dispuestos para esto.
- No cumple con los requisitos de verificación de antecedentes establecidos por la regulación federal
- No cumple con los requisitos del Programa según establecidos en el Reglamento #8687.

Notificación Sobre Derecho Apelativo

Usted tiene derecho a solicitar una Vista de Apelación ante la Junta Adjudicativa del Departamento de la Familia de conformidad al Reglamento 8687 del Programa *Child Care*. Deberá radicar su apelación por escrito ante la Junta, enviándola por correo postal al P.O. Box 11398, San Juan P.R. 00910-1398 ó entregándola personalmente en las Oficinas Locales, Regionales o Administraciones a Nivel Central del Departamento de la Familia. También podrá radicar su solicitud ante la Junta, mediante correo electrónico o fax. Su apelación deberá contener su nombre, dirección postal, número de teléfono, número de fax de todas las partes, hechos constitutivos de su reclamo o situación que genera la apelación, referencia las disposiciones legales o reglamentarias aplicables, si las conoce, remedio que solicita, copia de la notificación o documento que haya dado lugar a la controversia y del sobre con el matasello del correo en el cual se le envió la misma, firma del apelante o de su representante autorizado en caso de que sea incapacitado o no sepa leer ni escribir.

Su apelación deberá ser radicada dentro del término de quince (15) días contados a partir del envío de la notificación, cuando se envíe por correo regular o cuando se envíe por correo con acuse de recibo o se entregue personalmente.

De necesitar información puede llamar a la Oficina Regional _____ al
787-_____-_____.

Para más detalles sobre el proceso, puede consultar el Reglamento #7757 para establecer los procedimientos de adjudicación de controversias ante la Junta Adjudicativa del Departamento de la Familia.

Nombre del Director Ejecutivo
de Salud y Seguridad Nivel Central

Firma

día / mes / año

Nombre Directora del Programa

Firma

día / mes / año

ACUSE DE RECIBO

Certifico haber recibido esta notificación de acción tomada en la fecha establecida a continuación:

Nombre del Proveedor

Firma del Proveedor

día / mes / año